

4ª Reunião da Câmara Técnica da Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes

(02/10/2014)

Transcrito por Daniela Xavier

1ª PARTE:

RAFAEL: Vamos dar início à quarta reunião da Câmara Técnica de Qualificação da Entrada do Beneficiário. Antes de mais nada, quero justificar que o Felipe está a caminho, pois está preso no trânsito, mas daqui a pouco ele deve estar chegando para se juntar à mesa. Antes de dar início à apresentação gostaria de fazer duas retificações na programação, porque o pessoal da Senacon não vai poder vir, então não teremos sua apresentação hoje. Será substituída pela operadora Unimed Rio. Houve um problema técnico nosso e a ordem também está diferente. A Unimed Rio apresenta primeiro e depois seguem as demais na ordem anterior. Unimed Rio apresentará antes do *coffee* e depois saímos com as apresentações. Antes de começarmos, gostaria de agradecer a todos pelas contribuições. Nós recebemos bastantes contribuições, tanto que a apresentação até tinha ficado um pouquinho grande e nós tentamos dar uma limitada. Então, antes de mais nada, pedimos desculpa caso haja alguma frase que não ficou contemplada, ou alguma coisa que não está bem explicada. Nós damos a oportunidade às manifestações como “isso aqui estava escrito assim, mas na realidade o sentido era outro”. Isso está aberta, até mesmo no debate para ser colocado assim como outras coisas que os senhores e senhoras queiram fazer ao longo do debate que será depois das apresentações das entidades. Ainda nesse ensejo dessas contribuições nós ficamos bastante felizes porque é um tema extremamente complexo, um tema estruturante para o mercado e as contribuições que chegaram de vocês são muito importante para esse processo de repensar a questão de qualificação de entrada para o beneficiário. Nós entendemos a complexidade do tema, vemos as dificuldades, vocês colocaram todas as dificuldades e problemas que podem advir, problemas de negociação, de venda do plano, como beneficiário, na identificação da doença ou lesão, a questão do processo do que foi colocado, da proposta inicial que a gente trouxe na última câmara técnica... Tudo isso nós estamos levando em consideração. Volto a dizer: nosso objetivo aqui, como nós colocamos no último slide da terceira câmara técnica, é cada vez mais aprofundar essa discussão. Acho que as contribuições que chegaram para gente forem bem interessantes, bem pertinentes. Algumas coisas nós já tínhamos colocado, pois tem que ter consulta pela nossa procuradoria, nós temos que repensar, levar para os diretores lá da Agência. Foi bem ricas as contribuições que chegaram. Alguma inclusive mandaram fluxos alternativos de propostas. Acho que o espaço da Câmara Técnica tem sido bem aproveitado para nós discutirmos esse tema que é extremamente relevante para a agência e extremamente complexo tanto para nós reguladores quanto para o setor e consumidores para que possamos melhorar essa regulação. Para que seja bem-vinda. Hoje nós tivemos que começar um pouco mais cedo porque a apresentação está longa. Bom, tendo em vista que a programação está um pouquinho grande hoje, para que possamos atender a todos, ter um debate

interessante, a Cristiane vai dar início à apresentação e depois eu passo para fechar as contribuições que chegaram. Volto a dizer: se tiver alguma coisa que não foi contemplada, alguma coisa que está com o sentido errado, pedimos desculpas. Está aberta para as colocações. Depois que terminar as apresentações, nós já passamos para as entidades. Primeiro para a Unimed Rio e depois para Abramge, o *coffee*, e depois damos seguimento para fechar o debate. Está bem, pessoal? Passo a palavra para a Cristiane, por favor. Enquanto colocamos a apresentação... Espera aí. Preciso de um microfone porque estamos gravando. É importantíssimo. Vamos lá. Pode falar.

CÂNDIDA: Eu espero tanta reunião por meia hora e você começou logo.

RAFAEL: Nós temos que ser breve, tá, por que...

CÂNDIDA: É rápido, eu juro, pode contar aí, conta no relógio. Foi assinada no dia 25 de setembro pela presidenta Dilma a lei 13.031 de 24 de setembro, publicada dia 25, que dispõe sobre a caracterização de símbolo que permite a identificação do local ou serviço habilitado ao uso de pessoas com ostomia, denominado símbolo nacional de pessoas ____, gente. Meus amigos, parceiros, planos, seguradoras, tudo tem que ter esse símbolo, não pode ser modificado. Eu trouxe algumas cópias, pouquinhas porque nossa Xerox pifou bem na hora de eu trazer, para você colocarem em tudo dos planos de seguro que atende ostomizados. Agora vou correr atrás do SUS também para colocar no país inteiro, no Detran... Vou correr atrás dessa lei. Obrigada.

RAFAEL: Cristiane, por favor.

CRISTIANE: Boa tarde a todos. Antes de passar as contribuições que os senhores enviaram, vou passar rapidamente os pontos principais dos cenários 1 e 2 que foram apresentados na última reunião. Só para lembrarmos. O cenário 1 tem início com a solicitação do beneficiário, do consumidor de ingressar em um plano. Então, ele procura nos planos individuais a operadora e solicita a contratação. A operadora vai comunicá-lo para agendar uma entrevista qualificada e vai entregar um protocolo de atendimento ao consumidor. Nesse momento, o consumidor já é informado dos três agendamentos de entrevista qualificada, dos locais, datas e horários que ele terá que comparecer. Nos planos coletivos, inicialmente tem a assinatura do contrato das partes contratantes, a pessoa física que está vinculada aquela PJ é orientada a entrar em contato com a própria PJ ou com a administradora de benefício para o agendamento da entrevista. No cenário 2, já tem início com a proposta de adesão. Tem o prazo de 10 dias nos planos individuais e um prazo de até 30 dias nos planos coletivos para ser agendada e realizada a entrevista qualificada. Também da mesma forma, o beneficiário/consumidor é informado do agendamento da entrevista, datas, locais e horários para realização da EQ, devendo pelo menos uma delas ser no mesmo município onde foi assinada a proposta. No cenário 1, a EQ deve ser realizada, como já falei, no prazo de 10 dias a partir da solicitação do consumidor nos planos individuais, ou até em 30 dias a partir da solicitação do beneficiário no plano coletivo, também no município designado pela operadora onde o produto está sendo comercializado. No comparecimento para a entrevista, o consumidor poderá ser encaminhado para a entrevista, recebendo a carta de orientação ou sendo dispensado da entrevista qualificada e recebendo documento de dispensa. No

cenário 2, da mesma forma ele pode ser encaminhado ou dispensado da entrevista. Nos planos individuais, se ele foi dispensado pela operadora da entrevista o contrato entra em vigor no décimo dia após a assinatura da proposta de adesão sem possibilidade de imposição futura de CPT. Nos planos coletivos, a adesão do beneficiário ao plano, tem início no máximo no vigésimo dia após a assinatura da proposta de adesão também sem imposição de CPT. No cenário 2, se a entrevista não for realizada nos planos individuais porque o beneficiário não compareceu, é necessária a assinatura de uma nova proposta de adesão. E se for a operadora que deu causa para a não-realização da entrevista, o contrato entra em vigor sem alegação de DLP. No cenário 1, após a realização da entrevista o consumidor poderá assinar a proposta de adesão com ou sem imposição de CPT, porque claro, se houver imposição de CPT ele pode não querer assinar com aquela operadora. Dando início à vigência do contrato se ele assinar, nos planos individuais ou a cobertura assistencial dos planos coletivos. Após a assinatura da proposta de adesão, é entregue o termo de ciência do plano de saúde, que é aquele documento para deixar claro ao beneficiário o tipo de contratação do plano que ele está aderindo. Já nos planos coletivos, a operadora ou o beneficiário pode remarcar a entrevista uma única vez. Essa remarcação pode ocorrer em até 48 horas antes da data agendada para a entrevista ou no máximo 5 dias após a data da entrevista não-realizada. Após os prazos de 10 dias ou de até 30 dias, tem início à vigência do contrato nos planos individuais, prazo de 10 dias, ou a cobertura assistencial nos planos coletivos, ou sem imposição de CPT dependendo do resultado da entrevista. Nesse momento, também no cenário 2, o beneficiário recebe o termo de ciência do plano de saúde. No cenário 2, ainda é possível os beneficiários desistirem do contrato nos planos individuais no prazo de 10 dias, e nos planos coletivos em até 30 dias a partir da assinatura da proposta de adesão. A realização da entrevista tem as mesmas regras, tanto no cenário 1 quanto no cenário 2, sendo facultado o beneficiário a levar exames e sendo vedado à operadora exigi-los para a realização da entrevista. Ao final da entrevista, será assinado pelo beneficiário e pelo profissional de saúde ou médico que realizar a entrevista, a declaração de conhecimento de doença ou lesão para existente que é o documento de conclusão da entrevista que é onde vai constar as doenças ou lesões informados pelo beneficiário, se informar alguma, que ele relatou ter conhecimento. Esse documento também seria obrigatório. Bem, agora eu vou passar para as contribuições. Essas foram as entidades que encaminharam contribuições após a terceira reunião: Abramge, Abraso, Anab, Proteste, Senacon, Sinog, Unidas, Unimed do Brasil e Unimed Rio. Primeira contribuição é sobre o cenário 1. Algumas entidades encaminharam contribuições específicas sobre cenários 1 e 2. A Abramge, a Sinog e a Unimed do Brasil, afirmam que esse cenário 1 aumenta a burocratização, o custo do processo de ingresso no plano, porque acrescenta uma etapa adicionada no início do processo onde o beneficiário tem que entrar em contato primeiro com a operadora indicando o seu interesse no plano. Para posteriormente, depois de tomadas algumas medidas, ser realmente convocado para assinar a proposta de adesão do plano. Claro, depois de realizada a qualificação, a entrevista qualificada, aquilo tudo, e aqui ele vai assinar a proposta, então essas entidades afirmam que isso aumenta o custo da operadora devido à necessidade de disponibilizar médicos antes mesmo do ingresso do beneficiário no plano. Outra contribuição é sobre a

incompatibilidade material desse processo com os principais formatos de venda do plano, tal como a venda por corretores, já que o primeiro contato será do interessado com a operadora que deveria agendar data para comparecer à entrevista para somente após isso ele assinar a efetiva proposta de adesão. Lembrando que esse cenário não afasta o corretor, na verdade ele acrescenta uma etapa antes da assinatura da proposta que é a qualificação da entrada através da entrevista qualificada. Quando ele for assinar a proposta, é claro que pode assinar com corretor sem problema nenhum. Agora, sobre cenários 1 e 2, a Unimed do Brasil afirma e critica a obrigatoriedade de realização da entrevista qualificada dizendo que deve continuar sendo uma opção do consumidor, como é hoje, sob pena de burocratização do processo, aumento do custo da operadora. A Sinog informa que os dois cenários não detalham essa forma de contratação para as operadoras exclusivamente odontológicas, pois seria incompatível com essas operadoras porque elas não aplicam as regras relacionadas à DLP. E a Abrange sugere que a operadora ao receber a proposta de adesão do beneficiário deveria contatá-lo ela mesma para agendar a entrevista, ofertando as três possibilidades de agendamento, e não o beneficiário receber de imediato esse agendamento. A Unimed Rio trouxe esse fluxo de sugestão defendendo o cenário 2 e por incrível que pareça dá para ler alguma coisa, mas eu achei que fosse ficar mais difícil para entender, então eu fiz esse slide aqui que explica melhor. Para a Unimed Rio, o fluxo se iniciaria com a assinatura da proposta de adesão, com o preenchimento da declaração de saúde. Essa declaração de saúde, baseada no que foi preenchida seriam identificados os beneficiários que seriam convocados para a entrevista, observando a possibilidade de realização da entrevista pela operadora e o que foi preenchida na declaração de saúde pelo beneficiário. Aí tem as duas situações. O beneficiário dispensado teria a aplicação de CPT baseada na declaração de saúde se houve indicação de DLP na mesma. O início da vigência do contrato ou inclusão do beneficiário no plano com a aplicação de CPT ocorreria em até 30 dias. Ou então, poderia, o beneficiário dispensado, não ter aplicação de CPT se ele não informou nenhuma doença na declaração de saúde. Da mesma forma o contrato teria início para ele em até 30 dias sem aplicação de CPT. O beneficiário encaminhado pra entrevista, se realizada, seria aplicado a CPT baseada na DLP informada pelo beneficiário na entrevista, início da vigência do contrato com aplicação de CPT até 30 dias ou poderia até mesmo não ser aplicada a CPT, porque não foi informada nenhuma doença na entrevista. Da mesma forma, inicia-se o contrato sem aplicação de CPT em até 30 dias. E para a hipótese de não-realização da entrevista, seria necessário assinatura de uma nova proposta de adesão. Agora vou falar contribuições sobre temas específicos. O primeiro deles é o lapso temporal prévio à vigência do plano ou inclusão do beneficiário no plano coletivo. A Abrange e a Sinog dizem que o prazo de 10 dias colocado para os planos individuais é muito exíguo, não é suficiente para realizar todo o fluxo proposto necessário para qualificar o ingresso do beneficiário no plano. Sugere um plano de pelo menos 30 dias, deixando a critério da operadora para fixar um prazo menor, caso possível. A Abraso recomenda no máximo 15 dias e no mínimo 7 dias para esse prazo. Para a Anab no mínimo 30 dias contados da assinatura da proposta, já é cenário 2, para início da vigência do plano e para análise e verificação da documentação, elegibilidade, cadastramento do beneficiário e reforça que deve

constar claramente na proposta de adesão a data de início da vigência do plano. Ainda nesse ponto, a Proteste discorda, não dá para admitir os prazos de 20, 30, 45 e 60 para o lapso temporal sob pena de dificultar ainda mais o acesso dos consumidores a este serviço de caráter público. O Senacon, trouxe uma contribuição interessante que estabelece regras e prazos únicos para plano individual e plano coletivo, de modo a evitar injustificadas diferenciações no tratamento entre esses planos de saúde. Prazo único de 20 dias, a partir do qual a operadora analisa a declaração de saúde e baseada na mesma vai decidir encaminhamento ou não do consumidor para entrevista qualificada. Havendo não encaminhamento, o contrato estará implantado com a sua vigência iniciada a partir da decisão tomada pela operadora que não poderá ceder o prazo estabelecido. E se houver um encaminhamento para entrevista, a operadora deverá no mesmo prazo de 20 dias agendar e realizar a entrevista. E reforça que o pagamento da primeira mensalidade somente deverá ocorrer a partir da vigência do contrato. Ainda nesse item, a Unidas sugere um prazo, que ela entende como razoável de no máximo 60 dias para o correto preenchimento da declaração de saúde, realização de perícia, esclarecimento de dúvidas, atividades correlatas. A Unimed do Brasil também sugere 30 dias, que é fundamental a existência desse prazo, a partir da assinatura da proposta, ou seja, cenário 2, para que seja avaliada a existência de DLP, emitir carteira de atendimento, fazer toda aquela parte administrativa, dentre outras questões, 30 dias. E a Unimed Rio também 30 dias para esse lapso temporal a partir da assinatura da proposta de adesão para todos os planos, individual e coletivo. Então, vemos que a maior parte das contribuições foi para 30 dias de prazo. Outra contribuição recebida foi sobre o lapso temporal nos contratos...

PESSOA NÃO IDENTIFICADA: Me parece que nessa apresentação que você terminou houve um consenso, seja das operadoras, seja das administradoras de ofício, e mesmo dos usuários, de que o prazo deve ser o mesmo a plano individual e coletivo. Eu queria deixar isso marcado, porque como é uma situação de consenso, eu sugiro que o encaminhamento seja dado que quando ocorra consenso isso seja automaticamente aprovado. É só uma questão de encaminhamento, por favor.

RAFAEL: Ok, está contemplado. Foi até interessante porque como as propostas contemplaram dois prazos, foi importante a contribuição de todos em relação a ter um prazo único para planos individuais ou coletivos. Cris, por favor.

CRISTIANE: Continuando, recebemos contribuições também indicando a necessidade de lapso temporal prévia à vigência do contrato ou inclusão do beneficiário, nos contratos em que há a impossibilidade de alegação de DLP. Os contratos com mais de 30 vidas empresariais, a Abramge e a Sinog estão nessa contribuição, planos odontológicos coletivos e empresariais com mais de 30 vidas quando o ingresso ocorreu no ato da contratação ou até 30 dias do vínculo Embora não ocorra marcação da entrevista, o lapso temporal entre manifestação de interesse do beneficiário em ingressar no plano e a sua vigência é de fundamental importância para qualificar o primeiro contato do beneficiário com a operadora e a preparação das necessidades administrativas inerentes ao ingresso. A Unimed do Brasil também solicitou isso. Também deve estar presentes os casos previstos na RN 195 em que a declaração de

saúde se quiser pode ser preenchida. São os casos desses contratos que não pode haver alegação de DLP. As próximas contribuições são sobre a declaração de saúde. A primeira é para não condicionar o preenchimento da declaração à entrevista qualificada. Essa é a primeira contribuição da Anab, dizendo que as informações da declaração de saúde podem ser utilizadas para o desenvolvimento de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças. Se for dispensado o preenchimento da declaração de saúde, perde-se a oportunidade de investir em ações com foco na promoção de saúde, manutenção do equilíbrio econômico financeiro, criaria uma espécie de mecanismo de regulação obrigatório oneroso em que a operadora teria que submeter todos os consumidores nessa etapa criando uma situação anti-seletiva de análise da proposta, com base exclusivamente na faixa etária do proponente. Também diz que realizar entrevista com todas as pessoas para obter a declaração de saúde, torna o processo moroso, burocrático e de elevado custo. Então, a proposta da Anab é: que o preenchimento da declaração de saúde seja para todos. Se houver declaração de saúde com indicação de doença informada pelo beneficiário, aí sim haveria o encaminhamento para a entrevista. A próxima é da Unimed do Brasil, que reforça que após do preenchimento da declaração de saúde se o beneficiário optar pela entrevista qualificada ele tem esse direito de ser orientado pelo médico da operadora, uma opção dele. E a operadora deve garantir a entrevista qualificada se for a opção do beneficiário. Só não pode obrigá-lo a passar pela entrevista se ele não quiser sob pena de constrangimento ilegal. A segunda contribuição sobre declaração de saúde é determinando a obrigação do preenchimento da mesma para identificar os beneficiários que seriam convocados ou isentados da entrevista qualificada. A Unimed Rio defende essa contribuição. Todos os beneficiários teriam que obrigatoriamente preencher a declaração de saúde que vai servir de base para convocar para entrevista qualificada, e seriam obrigatoriamente orientados pelo corretor da necessidade de informar na sua declaração as doenças que ele sabe ser portador e seu peso e altura assim como de seus beneficiários. O Senacon também entende assim. A partir das informações constantes na declaração de saúde, a operadora poderá fazer uma análise e encaminhar o interessado para a realização da entrevista ou dispensá-lo da mesma, posteriormente implantando contrato sem nenhuma possibilidade de alegação posterior de DLP. Outra contribuição também pela não padronização da declaração de saúde, a Unidas diz que não é necessário e ressaltando os cuidados e as cautelas que deverão ser exigidas no seu preenchimento, pois deverão constar da regulamentação da agência. A Senacon, como a operadora vai analisar as informações prestadas na declaração de saúde, com base nelas, será definido quem irá para a entrevista ou não é pertinente que a operadora bole as perguntas de forma que através dessa análise possa identificar possíveis doenças ou lesões existentes. A próxima contribuição, defendida pela Anab, é pela disponibilização do formulário de declaração de saúde para preenchimento por meio eletrônico, para agilizar o processo de contratação sem perder de vista os aspectos normativos. Esse formulário de declaração de saúde deveria ser disponibilizado e preenchido por meio eletrônico. Tudo isso depende da análise da nossa procuradoria. Essa questão teve muitas contribuições com a previsão de questionamento sobre ato de vida, costumes, medicamentos, a Abramge acha que deve ser possibilitados esses questionamentos, pois independente da

identificação de DLP tem papel fundamental para as políticas de Promoprev. A Anab também entende pela possibilidade de formular perguntas sobre essas questões, altura e peso, revogando o Artigo 10 da 162. A Proteste já entende que esses questionamentos ferem o inciso X do Artigo 5º da Constituição, que define como invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas. E que se for nesse sentido a ANS deveria padronizar a declaração de saúde. O Senacon faz uma distinção. Entende que são razoáveis os questionamentos se a pessoa faz uso regular de medicamento, não uso eventual, se ele já foi submetido a alguma cirurgia, esteve internado, tem conhecimento de estar com algum problema de saúde, ou ser portador de alguma doença. Mas não entende razoável que sejam feitas perguntas relacionadas a hábitos de vida, sintomas, ou uso de medicamentos eventuais sob pena de eventuais riscos aos quais o consumidor esteja submetido, sejam interpretados indícios de alguma patologia da qual ele não seja comprovadamente portador naquele momento da adesão contratual. A Unidas entende que devem ser permitidos esses questionamentos até mesmo para eventual oferecimento de programas de Promoprev. A Unimed do Brasil também defende que a maior parte dos beneficiários não tem conhecimento para identificar doenças, alguns hábitos de vida podem acarretar o surgimento de doenças que ele não diagnosticou porque não tem conhecimento, mas que alguns sintomas são sinais importantes e característicos de doenças. Deve haver previsão legal da possibilidade de constar na declaração de saúde, peso e altura com objetivo de calcular o IMC, Índice de Massa Corporal. Agora, contribuições sobre a entrevista qualificada. Inicialmente de ser dada a possibilidade de ser agendada a entrevista qualificada somente nas hipóteses de declaração de saúde positivadas, ou seja, que foi informada pelo beneficiário a existência de alguma doença. A Anab entende que nas hipóteses de declaração de saúde positivadas deve ser feito o agendamento da entrevista mediante contato com consumidor. Há uma contribuição sobre a remarcação da entrevista. O Senacon dizendo que pode remarcar somente uma única vez apenas em até 48 horas antes da data agendada. Aqui não fala sobre aquele outro prazo de 5 dias após a data da entrevista não realizada. Possibilidade de realização de entrevista em local diverso, daqueles três locais formados mediante acordo entre as partes. Também foi o Senacon que sugeriu isso, e manteve a mesma redação nossa. E dizendo que pode ser outro local mediante acordo celebrado entre as partes, para que a entrevista seja marcado em outro local. Ainda na entrevista, a contribuição de impossibilidades incluindo o plano nos casos de recusa do consumidor em se submeter à entrevista qualificada. A Anab acha que se ele não quis se submeter à entrevista qualificada, pode ser negada sua inclusão no plano, A Unidas também não deve ser aceita a sua inclusão ou adesão ou até mesmo ser feita a sua exclusão, se ele não quis comparecer a entrevista. A Unimed do Brasil reforça que novamente, é um direito dele se submeter ou não à entrevista qualificada, e que no caso se ele recusar à perícia poderia haver presunção de culpa e má-fé e a operadora poderia recusar o seu ingresso no plano. Reforça que nenhuma operadora realiza perícia em todas as inclusões pelos custos. Perícia somente realizada em caso de dúvidas. No caso da perícia, a Unimed entende que o beneficiário pode indicar um perito assistente para acompanhar a perícia e até um terceiro perito escolhido de comum acordo entre as partes. Possibilidade de realização da entrevista via gravação telefônica, isso já foi

falado nas outras reuniões. Ela deve ser realizada com a participação de um profissional de saúde, segundo a Anab, mediante atendimento pessoal ou telefonema gravado, garantindo a segurança da informação. Assim cria uma alternativa razoável para os consumidores idosos ou com dificuldade de locomoção. A Unimed Rio também sugere essa possibilidade de gravar a entrevista para os beneficiários impossibilitados de realizar a entrevista médica presencial. No caso, tem a forma operacional do beneficiário titular recebe uma nova declaração de saúde preenchida de acordo com as informações que ele passou por telefone, que foram gravadas, em duas vias. Ele assina, uma via é devolvida para a operadora e é carimbada e assinada pelo médico que realizou a entrevista. Quando a operadora recebe essa nova declaração é finalizado o processo de inclusão do beneficiário. Se for assim, deveria ser viabilizado um canal para envio da gravação para provar a declaração do beneficiário. Sobre a possibilidade de ele levar exames anteriores à entrevista. Isso é facultativo nos cenários. A Abramge entende que a operadora não está vinculada a esses exames, pode ao seu critério realizar outros exames ou testes que julgar necessário para identificar DLT, sempre observando prazo para início de vigência do ingresso do beneficiário no plano. A Unimed do Brasil acredita que deve estar prevista a possibilidade da operadora exigir a apresentação de exames prévios e recentes com defasagem de no máximo 1 mês, ao invés de realizar perícia desde que os exames fossem os mesmos que eventualmente seriam solicitados na perícia. Ainda, uma contribuição sobre a entrevista qualificada, serão muitas a assinatura da declaração de conhecimento de doença ou lesão preexistente, que é o documento que conclui a entrevista qualificada no final do processo da perícia. Nos casos em que for necessária a realização e outros exames ou testes com o beneficiário, no caso, perícia, sendo a declaração de conhecimento só assinada no final da perícia, antes do início da vigência do beneficiário como defende a Abramge. Quando o beneficiário discorda do resultado da entrevista, a operadora alega uma doença e ele discorda que não possui aquela doença ou desconhece. A Proteste apenas questiona: como será resolvido esse impasse? E o Senacon sugere que nesse caso se não houver a concordância do interessado, tem que ser criados mecanismos de proteção para salvaguardar a possibilidade de ingresso dele no plano com a finalidade de proteger o consumidor de condutas abusivas, quanto a sua adesão, a fim de que ele não seja forçado a aceitar uma DLP para ter o seu direito de ingresso no plano garantido. Nesse caso, o beneficiário poderia solicitar a formação de uma junta médica, agendado e realizado no prazo máximo de 10 dias a partir da sua solicitação, e essa junta seria realizada à custa da operadora com a participação de três médicos especialistas, um deles escolhido e aceito pelo próprio consumidor, no caso desse impasse. Uma contribuição a mais pela orientação do consumidor sobre a necessidade de cumprimento de CPT após a entrevista. Após do resultado da entrevista ele seja devidamente orientado sobre a necessidade de cumprimento de CPT, para que ele possa realmente decidir se ele quer contratar o plano ou se vai querer desistir. Aplicação de CPT para o beneficiário isentado da entrevista. A Unimed Rio entende que mesmo aqueles que não foram convocados para a entrevista terão seu contrato implantado com ou sem CPT de acordo com as informações da declaração de saúde. Eu já falei sobre aquele fluxo, se ele for isentado do comparecimento à entrevista. Mas informe claramente ser portador de alguma doença, ele terá CPT aplicado

exclusivamente para aquela doença, se ele não informou na sua declaração de saúde ele terá seu contrato implantado sem CPT para qualquer doença, já que negou em sua declaração de saúde ser conhecedor de qualquer patologia. A próxima contribuição é sobre o fim da possibilidade da perícia que foi apresentada na última reunião. A Abramge defende a realização da perícia porque a sua vedação é uma grave violação de princípios constitucionais, especialmente contraditório e ampla defesa, um retrocesso na transparência, boa-fé entre operadora e beneficiário, um dificultador desarrazoado na identificação da DLP. Uma vez que a perícia auxilia na identificação das doenças, facilita em certos casos e se mostra fundamental para identificação de uma DLP. É também um meio de segurança para o beneficiário por ser um instrumento mais técnico e também mais preciso na identificação de uma DLP. A Proteste já acha que tornar obrigatório a realização ou a apresentação de exames práticos fere o inciso X do artigo 5º da Constituição Federal que define como invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas. A Unidas também defende a realização da perícia, importante para verificar uma eventual doença, orientador para o desenvolvimento de ações da Promoprev, mas que não tem um caráter absoluto, ela não afasta a possibilidade de futura apuração de fraude, não tem como aferir todas as doenças na perícia e seria totalmente impraticável realizá-la, exigir todos os exames necessários, e que a perícia deve ter um valor relativo para que ela possa ser realizada a qualquer tempo a critério da operadora que arcaria com os ônus decorrentes. A Unimed do Brasil diz que ela é fundamental para identificação de algumas doenças, mas que também não é suficiente para identificar toda e qualquer DLT. Ela é necessária, especialmente, nos casos onde o beneficiário já assegura ter se curado de alguma doença que recentemente lhe foi acometido, mas que a perícia não pode ser obrigatória e é somente utilizada quando necessário para esclarecer dúvidas. Daqui para frente o Rafael vai apresentar as contribuições que nós recebemos sobre outros assuntos. Obrigada.

P/RAFAEL: Obrigado, Cris. Bom, pessoal, como já vimos até agora, principalmente da terceira câmara para a quarta, nós tivemos bastantes contribuições, demos uma limitada bem grande nas contribuições que vieram, os assuntos são diversos. Vários assuntos surgiram, a questão da declaração de saúde, a questão da perícia... E antes de eu entrar aqui, até para deixar claro isso, porque depois vamos passar direto para a apresentação das entidades. Isso denota como o tema é complexo. Como a situação que discutimos aqui é extremamente relevante, estruturante e que temos que pensar. Essas contribuições que vieram, nesse ensejo que está sendo discutido aqui na qualificação de entrada do beneficiário é uma situação extremamente interessante para nós, como órgão regulador, acho que para todos que estão participando da câmara técnica, para vermos como podemos incrementar a regulamentação atual, que é a RN 162. Que seja na questão do prazo inicial, que foi discutido, nós colocamos um prazo de 10 dias e 30 dias nos dois cenários que trouxemos, mas vimos que a grande maioria das contribuições foi no sentido de trazer um prazo único, que seja claro. Isso tudo será levado em consideração, até porque a discussão aqui está sendo bem rica, e acredito que continuará sendo quando acontecerem as apresentações, para tentarmos chegar a um consenso. Volto a dizer: não é de o nosso interesse fechar uma situação estanque e não aberta à discussões. A GGEOP

está aberta a discussões se vocês quiserem, teve algumas entidades que fizeram reuniões antes dessa Câmara técnica, e quaisquer contribuições discordâncias, acréscimos do que já foi trazido estamos à disposição para receber, por ofício ou por e-mail, seja lá pelo que for, fazendo reunião. Então, vamos seguir para não atrasar mais ainda. O termo de ciência do tipo de contratação, que foi uma proposta que a gente trouxe na segunda câmara técnica, segundo a contribuição da Abramge, pede inclusão no campo específico e claro na proposta de adesão, ou seja, ela não queria esse termo. Queria que a proposta de adesão tivesse esse acréscimo justamente para deixar claro para o beneficiário onde ele está entrando. Só lembrando, o termo de ciência seria uma demonstração indubitável para o beneficiário qual seria o produto que ele está entrando, se é coletivo ou individual. Já o Senacon coloca que as operadoras devem incrementar qualificação de entrada reduzindo a assimetria de informações. Nesse sentido é fundamental qualificar o ato de venda que manifesta o interesse de ingresso no plano. Acho que é de interesse de todos aqui nesse sentido bem colocado pelo Senacon, que defende ser direito do consumidor receber informações claras e completas quanto à modalidade do plano que está sendo ofertado. Se está ingressando num plano individual ou de natureza coletiva. Seguindo, ainda sobre o termo de ciência, o Senacon: pela obrigatoriedade da observância do direito à informação é imprescindível que o consumidor seja claramente notificado do tipo e características do contrato a fim de verificar não só da sua elegibilidade para ingresso no plano como também confirmar o seu interesse de ingresso em algum plano de natureza coletiva. Isso é uma questão importante porque é fundamental deixar claro para o beneficiário o plano que ele está ingressando, até porque todos sabem que há algumas diferenças de algumas entre os coletivos e os individuais. E cabe tanto à operadora tanto na venda direta quanto com consultor próprio, como corretores e administradores cuidarem dessa cientificação do beneficiário. Dando destaque na proposta de adesão. É essencial que o consumidor receba antecipadamente todas as informações vinculadas a aquela relação. Isso somente seria possível com entrega prévia do contrato, ou uma cópia do contrato, além do sumário ou extrato com as principais informações. Vou até lembrar que já foi discutido aqui na Câmara técnica a questão do GLC e do MPS que, mais na frente será colocado, mas reforçamos essa questão do Princípio da Informação. E também o que podemos incrementar: quando foi colocado, nos estávamos realmente discutindo esse tema, não é o nome da câmara técnica, mas como podemos melhorar isso? Nós podemos incrementar o MPS? Podemos incrementar o GLC? O Termo de Ciência será um acréscimo? Como podemos melhorar isso? São situações que estamos tratando. É sempre importante esse *feedback*, para que possamos incrementar. Entrando na questão do processo, volto a lembrar que nas duas propostas que trouxemos a ideia seria a extinção do processo. Isso gerou uma discussão rica na última reunião, vieram várias contribuições. Realmente esse é um assunto interessante, que precisa ser discutido, nós estamos abertos ao debate, das questões das propostas, da mudança das regras, se vale a pena manter o processo ou limitar, deixar mais claro... O importante é limitarmos o escopo para que seja um processo mais eficiente, célere e que atenda ao seu objetivo, se ele for mantido. Contribuições sobre a extinção do processo. Abramge: a prova relativa à fraude independe do processo junto ao ANS. O processo é apenas para conhecimento

administrativo. Vou acelerar porque é um pouco maçante ficar lendo, mas a idéia da Abramge é a seguinte: que a questão do processo para a questão da rescisão do contrato independe do processo, até da questão citando o Código Civil. Poderia ter a rescisão unilateral do contrato no plano individual, ou exclusão unilateral dos beneficiários em contratos coletivos, que foi, inclusive, para todos os senhores e senhoras que estavam aqui na última reunião aquela discussão que tivemos nos debates. A Abramge vai apresentar esse assunto mais à frente. A Proteste coloca o seguinte: concorda com a proposta de a ANS estabelecer o fim da possível alegação de fraude por omissão da DLP pela operadora a qualquer momento. Aqui copiamos a manifestação da Proteste: “... restou claramente demonstrado que as Operadoras se satisfazem apenas com o preenchimento da declaração de saúde e o pagamento das mensalidades pelo fato de, posteriormente, se utilizarem da negativa de cobertura para não atender de forma devida e integral o consumidor, fugindo assim da sua responsabilidade em provar o prévio conhecimento da doença e eventual má-fé no preenchimento de seus dados no momento da contratação, conforme preconiza a Lei 9.656/98”. Ou seja, ela fez uma colocação sobre a questão da entrada no plano que tem a ver com o processo. Foi a opinião levantada pela Proteste, que copiamos aqui e que estará no ofício. Estará tudo no site da agência no espaço da Câmara Técnica. Ainda Proteste: se não devidamente comprovada a má-fé do consumidor não há que se falar em fraude e eventual suspensão da cobertura ou rescisão unilateral. Critica a visão dos representantes das operadoras na 3ª Reunião da Câmara Técnica de que com a extinção do processo caso suponham que houve omissão de DLP por parte do consumidor, ainda que tenha passado pela entrevista, a assistência será automaticamente suspensa e o contrato rescindido unilateralmente alegando que, “Esta prática deve ser veemente proibida pela Agência, já que as Operadoras têm todo o aparato jurídico para buscar seus direitos por meio das ações judiciais cabíveis em casos de comprovada má-fé do consumidor no momento do preenchimento da Declaração de Saúde”. Para a Proteste, os atores do sistema devem buscar atender as necessidades dos consumidores com respeito, dignidade, saúde e segurança, proteção aos interesses, à melhoria além da harmonização e transparência, atendendo a força social dos contratos. Essa foi a colocação da Proteste. Nós copiamos alguns trechos aqui com base naquela discussão que tivemos na última reunião. Já a Unimed coloca uma situação: considerando que o ônus da prova pertence à operadora, não se justifica que ela tenha que se submeter ao processo administrativo e cita o mesmo dispositivo já colocado pela Abramge. Ainda sobre esse processo, a Unimed do Brasil, coloca que entende ser possível a extinção do processo desde que diante de casos de omissão de DLP, a operadora possa rescindir o contrato por fraude, como previsto no Artigo 11 da Lei 9656, que não exige qualquer processo administrativo. Caberá a fiscalização da ANS checar em casos de reclamação se a exclusão foi regular ou não. A Unimed do Brasil faz uma situação alternativa aqui dizendo que, caso seja mantido o processo, que seja célere para não causar segurança injurídica para a operadora e para o beneficiário. É justamente essa a nossa intenção. Estar aqui para discutir o processo, porque já foi colocado que o processo nos modos atuais precisa de um novo olhar. Discutimos a extinção, e caso seja mantida temos que tentar incrementá-lo para que fique mais eficiente. Tanto no momento da entrada até o término da análise pela agência. Outra colocação da

Unimed Rio é que a alegação da possibilidade de fraude através do processo só é possível quando se trata de procedimento eletivo de alta complexidade. Logo, não existe motivo para que o procedimento eletivo ligado a DLP para qual há indício de fraude, seja obrigatoriamente e imediatamente liberado, sem que seja divulgado o resultado do processo. Vale lembrar, hoje o processo é independente da liberação do procedimento sob pena de eventual NIP de negativa de cobertura. Seguindo o processo, a Unimed Rio sugere a manutenção do processo, que no caso de resultado favorável ao beneficiário sendo julgada procedente, a operadora autorize esse procedimento eletivo de alta complexidade para o qual há indício de fraude. No caso do Arquivamento do Processo relativo à DLP em função do cancelamento ou exclusão do beneficiário do contrato do plano (hipótese de não extinção do processo de DLP), a Abramge coloca o seguinte: que a ANS arquivar os processos em resolução do mérito, pois a partir do cancelamento do contrato ou da saída do beneficiário do plano não haveria interesse público que justificasse a movimentação da Administração Pública e a justificativa do parecer, que a Abramge coloca é uma decisão que temos da Diretoria Colegiada de 2010 com base no parecer da Procuradoria no sentido de que uma vez findo o vínculo do beneficiário com a operadora o processo administrativo de DLP pode ser arquivado. A Abramge coloca a sua discordância desse entendimento aprovado pela Diretoria Colegiada da Agência. Para Abramge, o interesse público que fundamenta a atuação do ANS no processo relacionado à fraude e omissão do beneficiário reside na necessidade de proteção coletiva dos demais beneficiários em respeito ao mutualismo e que uma vez que recairá sobre eles o desequilíbrio causado pela fraude ocorrida e indiretamente na necessidade de proteção e segurança de todo o sistema como combate às práticas nocivas. A Unimed do Brasil também coloca uma situação no mesmo sentido da Abramge, que alega que seria legalização da fraude, que omitiria e depois sairia do plano deixando a operadora com as despesas. Vale lembrar que essa é uma decisão adotada pela diretoria colegiada com base no parecer da procuradoria da agência, salve engano, de 2010, a decisão, e tem sido seguida pela agência desde lá. A Unimed finaliza dizendo que se existe processo deve ser julgado até o fim e que a operadora necessita da decisão da ANS para tentar recuperar os prejuízos. Hoje, a decisão procedente do processo nos moldes atuais da RN 162, abre duas possibilidades, seja rescisão do contrato ou a possibilidade de que a operadora possa reaver os custos daquele procedimento que foi alvo da controvérsia. Só para lembrar o cenário atual. Bom pessoal, nós utilizamos esses últimos slides aqui para colocar algumas contribuições que chegaram que não se enquadraram nos itens anteriores, porque aqui os assuntos foram bastante diversificados. Então, tomarei a liberdade de agilizar um pouquinho. Algumas entidades vão abordar alguns temas também, e vale lembrar que, embora alguns temas que foram colocados aqui não são exclusivamente do escopo do assunto que está sendo discutido, mas algumas entidades aproveitaram para colocar alguns temas que indiretamente ou diretamente tem alguma ligação com o processo de entrada do beneficiário no plano, porque como é uma situação estruturante do setor, que envolve um assunto que é bem complexo, que é a entrada do beneficiário, que se a entrada é malfeita ou não é muito bem feita, trarão consequências àquela relação contratual até o fim do vínculo. Então, algumas operadoras aproveitaram alguns assuntos que ocorrem até depois do início do vínculo para

colocar algumas propostas de alterações de outros normativos além da RN 162 que é o objeto de discussão aqui nessa câmara técnica. Uma situação colocada pela Abramge e Unimed Brasil é a responsabilização das administradoras no ingresso de beneficiários. A Abramge coloca que teria uma definição pela ANS do papel das administradoras no primeiro contato com o beneficiário, considerando as vedações e atividades previstas no artigo terceiro da RN 196. Já a Unimed do Brasil, diz que a legislação deve definir de forma clara qual é a função das administradoras, o que elas vão desempenhar na admissão de beneficiários, em relação à elegibilidade e da condição de portadores de alguma DLP. Ela alega que não está claro na legislação se quer se a verificação das condições de saúde Declaração de Saúde, a DS, pode ou não ser transferida para as administradoras de benefícios e, tampouco, as responsabilidades delas neste processo. Vale lembrar que, é um assunto que embora tenha ligação porque a administradora pode ou não participar na entrada do beneficiário em contrato coletivo, mas é uma norma a parte a RN196, as contribuições são pertinentes e foram anotadas. Acho importante isso para o encaminhamento do processo regulatório ligado, mas não diretamente a questão do DLP. Vamos lá. A Unimed Rio coloca a possibilidade do beneficiário querer participar da entrevista qualificada mesmo tendo sido dispensado da mesma. Esse beneficiário deverá manifestar sua vontade, solicitando esse agendamento. E que a finalização do processo só seria concluída após realização da entrevista qualificada. Isso é uma situação que não foi abordada aqui, mas foi colocada pela Unimed Rio. E a questão da manutenção do oferecimento de CPT pelos meses restantes até completar o período máximo de 24 meses. Nós entendemos aqui que após o julgamento do processo haveria o CPT pelos meses restantes, é isso? Não. Então, a senhora pode explicar depois quando houver a apresentação, fica aberto para esclarecer. Seguindo. Tem que continuar existindo a possibilidade de convocarmos o beneficiário através dos termos de comunicação caso observemos indícios de fraude. Até completar os 24 meses. A obrigatoriedade do comparecimento pessoal ou via telefônica, que já foi colocado uma situação aqui sobre isso. No caso de não comparecimento, a operadora poderia abrir um processo. Para Unimed Rio, torna-se inviável para o modelo de saúde suplementar a não-convocação para oferecimento de CPT pelos meses restantes até completar 24 meses do beneficiário que não declarou DLP da qual tinha conhecimento por ter sido isentado da Entrevista médica qualificada ou por ter omitido a informação mesmo tendo comparecido a Entrevista médica qualificada. A atualização da redação referente a CPT em todos os itens que ela faça presente, é uma sugestão em relação à redação que está dando definição de CPT hoje lá na RN 162. A parte que está grifada em vermelho seria a proposta, a parte que está em preto é o texto atual, seria "... aquela que admite por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes eletivas declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, não configurada como situação de urgência e/ou emergência para o qual há cláusula de carência específica de 24 horas sem limitação de prazo de atendimento". Isso é uma proposta. Nós copiamos o texto apresentado aqui pela Unimed. Seguindo. Chegou uma contribuição sobre o

agravo. A Unimed Rio sugere que seja retirada a cláusula de agravo pela dificuldade de calcular um valor justo para o pagamento que será efetuado. Hoje, vale lembrar que o agravo ainda está previsto na RN 162. Já a Abramge sugere na linha de que algumas contribuições já trouxeram, a desburocratização do processo de inclusão de beneficiários e a formatação para ingresso por meio eletrônico, permitido que no início da vigência ocorra em prazo compatível com as necessidades administrativas prévias. Restrição de atendimento por 24 meses em qualquer tipo de contratação ante a omissão legislativa, outra contribuição da Abramge, não configurar como violação à Súmula 19 e Artigo 14 da Lei 9656, os critérios definidos pela operadora que serão considerados na população alvo que realizará a perícia. Isso é uma discussão interessante, eu acho que a Abramge terá oportunidade de apresentar aqui porque vale lembrar que nós temos que ter cuidados que o beneficiário não pode ser proibido de ingressar no plano. É isso que a súmula fala. Mas hoje, no cenário atual, pode ser utilizada a entrevista qualificada para auxiliá-lo no preenchimento da DS. Nós estamos discutindo uma nova proposta, mas no cenário atual ele não pode ser proibido de entrar seja ou não com a realização da EQ. Unidas. A qualificação de entrada do beneficiário ao plano deve ser exercida pela operadora em conjunto com os empregadores, dos beneficiários nas situações previstas no Inciso I e II da RN 137 que é a norma de autogestões. Nas autogestões a maioria dos beneficiários estão vinculados ao plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício ou estatutário, a contribuição que a Unidas trouxe específica em relação às autogestões. Já a Abraso traz que a nova política de contratação dos planos deve constar cláusula de existência de doença ou lesão prévia, as despesas da comprovação devem ser da operadora, as operadoras devem qualificar seu quadro de vendedores a fim de evitar qualquer omissão no ato da compra e deveriam aprovar políticas de premiações aos usuários de plano de saúde que realizam prevenção e cuidados evitando custo de internação e emergência na renovação de seu contrato. Nós já até temos uma norma prevendo bonificação, já está em vigor a um tempinho isso, acho importante esse estímulo, que foi colocado, salve engano, pela Anab da questão da promoção e prevenção. Aqui nós também temos uma norma específica sobre isso para que a gente possa incentivar cada vez mais o cuidado do beneficiário, o tratamento dele, a preocupação dele com a sua saúde. E por fim, jamais diferenciar os preços de contratação do plano entre os usuários com ou sem doença previamente diagnosticados. Obrigado. Hoje também afirmo que não tem essa diferenciação, todos ingressam no plano, claro, tendo ou não CPT. Seguindo, a revisão dos critérios de cobertura para as beneficiárias que ingressam nos planos grávidas. Esse tema que as entidades trouxeram, Abramge e Unimed, e estará aberto depois quando elas apresentarem, entendemos que seria uma discussão das Súmulas 21 e 25. Súmula 21 é a que fala hoje da questão do aproveitamento de carências na troca de planos, e a Súmula 25, que é bastante extensa, fala das condições de carência e cobertura parcial temporária no ingresso de beneficiários quando vinculados ao parto. A Abramge sugere necessidade de revisão dos critérios de cobertura para as beneficiárias que ingressam nos planos grávidas visando a cobertura obstétrica. Já a Unimed do Brasil coloca uma contribuição um pouquinho maior. E essa é a oportunidade única de deferir direitos das mulheres que ingressam grávidas no plano de saúde quanto das operadoras que recebem,

especialmente em relação à cobertura obstétrica. Corrigir a falha existente que permite a grávida mudar de plano para enfermaria ou superior e ter somente 6 meses de carência. Aqui traz um exemplo dizendo que a cliente pode comprar um plano enfermaria, descobrir que está com 2 meses de gravidez e fazer a mudança para um plano que dá direito à internação e apartamento de hospital de alto custo e cumpre somente 6 meses de carência, ganhar o bebê e cancelar o plano em seguida. É importante trazer as questões dessas súmulas foi alvo de discussão. A questão dos 180 dias da súmula 25, do parto, faz a ligação com a questão do parto decorrente de complicações gestacionais e que hoje em dia, até a disposição da Lei 9656 é a carência de 300 dias pró-parto. De qualquer forma, fica aberto a discussão sobre esses temas embora sejam objetivos já divulgados pela agência. E por fim, são duas contribuições sobre a taxa de adesão que também já vieram em outras reuniões. Tanto a Abramge e a Sinog quando a Unimed do Brasil trouxeram isso, que é a revisão da nota 14 da GGEFP relativa a taxa de adesão e que a Unimed do Brasil sugere que a cobrança de taxa de cadastro possa ser exigida tanto pelas operadoras quanto pelas administradoras. A permissão só para administradoras parece uma incoerência e ofensa à igualdade. No caso em que não há administradora intermediando os contratos, como ocorre nos planos individuais e em alguns contratos coletivos, a taxa de adesão poderia sim ser exigida pelas operadoras uma forma de remuneração dos custos de emissão, cadastro, entre outras despesas. Nós vamos fazer o encaminhamento dessas contribuições para nossa gerência econômica e financeira, já conversamos com eles e temos verificado algumas manifestações no setor, pode estar havendo algumas dúvidas e volto a dizer que da mesma forma que até entrando no mérito lá do pessoal da GGEFP estão abertos para discussão se tiver alguma dúvida sobre o esclarecimento em relação à nota de 2013. É importante trazer que está tendo algumas dúvidas, ou reivindicações do setor, nós encaminharemos para eles e faremos o mesmo procedimento que fizemos com essas duas aqui. Bom, encerramos a nossa apresentação, foi um pouco longa e pedimos desculpa pelo excesso, mas como eu disse no início, dessa vez tivemos várias contribuições ricas e para repensar o processo. É importante salientar que a ___ saúde que está na programação vai fazer uma apresentação para colocar seus pontos de vista, não foram contemplados nessa apresentação porque optamos em colocar os documentos físicos. A ___ terá a oportunidade para fazer a apresentação e colocar suas propostas, que são bastante interessantes em relação ao processo, e as outras entidades, depois, na hora do debate, fiquem à vontade. Eu voltarei aqui antes da Unimed Rio que vai abrir as apresentações específicas. É do nosso interesse aprofundar essas discussões, porque verificamos nesse *gap*, entre uma câmara técnica e outra, a melhoria e o aumento das contribuições que nos fazem repensar quão difícil, complicado e interessante é discutir esse processo. E justamente nesse ensejo, imbuído desse desejo que queremos cada vez mais aprofundar essas discussões. A gerência volto a dizer, está aberta. Nós tínhamos um compromisso de abrir essa discussão, era uma coisa desejada a bastante tempo pela agência. Agora, tenho certeza que a discussão deve ser cada vez mais intensificada. Nós queremos fazer uma norma que seja boa e que traga avanços em relação à RN 162. Claro que, depois dessas discussões, nós temos o procedimento da consulta pública, por quê? Porque aqui e na agência ficamos limitados a algumas entidades, temos que dar uma abertura total para a sociedade até

porque se o consumidor desejar, ele pode fazer sua contribuição na consulta pública e ser avaliado por nós, para ver se aquela contribuição traz subsídios ou não, porque essa discussão com a sociedade com um todo é importante, especialmente com a gente, que já está em quatro reuniões de Câmara Técnica. Então, estamos abertos para discussão. Ainda vamos seguir aqui nas contribuições, e podem surgir novas colocações aqui no debate e convoco a todos para seguirmos aqui. Vamos abrir agora as apresentações, começando com a Unimed, depois passamos para a Anab, damos uma paradinha para o *Coffee* e depois seguimos na ordem que está aí na programação. Obrigado. Vou passar para o pessoal da Unimed Rio.

(Ininteligível – áudio muito baixo)

RAFAEL: Se vamos repetir? Não, está aberto para eles. Algumas contribuições que foram trazidas, nós já contemplamos. Agora é uma oportunidade até para esclarecer os pontos de vista.

(Ininteligível – áudio muito baixo)

RAFAEL: Eu sei, mas nós temos que abrir a discussão justamente porque eu ou Cristiane podemos ter dito alguma coisa que não correspondeu aquilo que eles queriam dizer, então, isso é importante. Para abirmos o procedimento democrático. Por favor.

GRAÇA: Boa tarde, gente. Sou Graça, médica coordenadora da Unimed Rio. O que eu queria deixar inicialmente para vocês é uma experiência que nós temos lá na Unimed. Temos um grupo de médicos fazendo entrevista médica e posso afirmar que temos um número muito pequeno de Nip's em relação à doença e lesão preexistente. O nosso problema não é o número de Nip's, é o comparecimento do beneficiário. Temos a declaração de saúde que recebemos, e no máximo 20% dessas declarações de saúde vem com a informação de alguma doença. Em todas as faixas etárias. Temos beneficiários com 98 anos que não tem nem presbiopia. Talvez nem cabelo branco. Então, 20% no máximo tem alguma declaração de saúde positivada. Quando chamamos o beneficiário, apenas 50% aparece. Nosso problema não é Nip. É o não comparecimento do beneficiário. Era só para colocar esse número para vocês, porque é importante. Na realidade, muita pouca gente declara alguma coisa. E quando convocamos, metade aparece e metade não comparece porque não é obrigatório hoje a finalização do processo. Olha gente, está pequeno, mas a Cristiane já falou. Nós utilizamos o cenário 2, porque achamos o melhor proposto pela ANS, e por causa da assinatura da proposta com o preenchimento da declaração de saúde. O preenchimento da declaração de saúde é uma proposta nossa. Porque somente a proposta sem o preenchimento da declaração de saúde não dá para convocar o beneficiário. A nossa proposta é que seja a proposta 2, modificada. Haveria o preenchimento da declaração de saúde, seja por qualquer meio, mas tem que chegar a nós. Quando chegar, deve ser analisada pelo grupo médico, somente. Então, ali, vamos ter duas situações: ou vamos convocar o beneficiário para a entrevista, ou vamos dispensá-lo da entrevista. Aquele que for dispensado tem duas situações. Ele pode ter sido dispensado, por exemplo, porque declarou miopia de uma forma muito clara. Por que colocou "miopia desde 2002". Eu entendo que sua informação está muito clara, então não tenho porque convocá-lo.

Nesse caso, vou aplicar CPT exclusivamente para miopia, e liberá-lo da entrevista qualificada. Outra situação que dispensa da entrevista: não declarou doença alguma. Não vou aplicar CPT. Daquele que foi encaminhado para a entrevista tem-se duas situações. Realizada a entrevista, declarou doenças. Nessa situação, aplicarei CPT para as doenças declaradas. Mas, existe a possibilidade da pessoa ir à entrevista e na declaração de saúde ter colocado uma doença aguda. Uma pneumonia, um estado gripal... Quantas declarações recebemos dessa maneira! Acontece que uma doença aguda não cabe declaração de saúde com aplicação de CPT. Então, ela compareceu à entrevista, porém não terá aplicação de CPT. A outra situação é aquele que não compareceu à entrevista qualificada, apesar de ter sido convocado. Nessa situação, terá que assinar uma nova proposta porque entendemos que a entrevista qualificada deve ser obrigatório para aquele que foi convocado. Não para todos, mas para aquele que foi convocado. Algumas sugestões: nós entendemos que o cenário deve ser único. Foi até a contribuição de um colega aqui. A proposta da Unimed Rio é que o cenário seja único para todos os planos, seja individual ou coletivo. E o tempo, para nós, seria até 30 dias para qualquer plano. A outra coisa é o lapso temporal de até 30 dias, da mesma maneira para todos os planos que sejam passíveis de CPT. Porque nós entendemos que essa câmara técnica foi montada na finalidade de doença ou lesão preexistente. Então esse lapso que estamos colocando é para os contratos passíveis de CPT. Obrigatoriamente deve ser entregue, no momento da assinatura da proposta de adesão, aqueles documentos, o manual, o termo de ciência, que é uma novidade que está sendo criada para que seja informado qual é o plano que ele está aderindo, a carta de orientação ao beneficiário porque se ele vai ter que preencher uma declaração de saúde, ele tem que receber a carta de orientação. A carta de orientação ao beneficiário, hoje, é ótima. Também acho que temos que elogiar aquilo que está bom na RN162. A nossa finalidade aqui é melhorar. Mas ela tem coisas hoje que já são muito boas. Então acreditamos que tem que ser mantido. A carta de orientação é muito clara. No momento da entrega da proposta de adesão, deve ser entregue a carta, a declaração de saúde, o termo de ciência, e o manual do plano de saúde. É obrigatório o preenchimento da declaração de saúde, porque somente através dela eu vou saber se vou convocar ou não aquele beneficiário. Se estiver claro demais, eu faço a opção de não convocá-lo. Mas baseado em alguma coisa. Se não fica muito difícil não tendo essa declaração de saúde. Vou me basear no que? Coloquei alguns números aqui para mostrar para vocês que é praticamente impossível a convocação de todos para a realização de entrevista médica qualificada. Vejam, peguei uma média de 9.500 beneficiários passíveis de CPT. Todos sabemos que passíveis é o de adesão, é pessoa física, é aquele com até 30 vidas, ou aquele com mais de 30 vidas que entrou fora do prazo. Esses são os passíveis de CPT. Peguei uma média de 9.500. Cada médico meu que faz entrevista leva no mínimo 30 minutos porque ele tem que explicar para o beneficiário qual é a finalidade da entrevista, quais são as conseqüências, tem que esclarecer que o beneficiário só terá seu evento negado se for um evento de alta complexidade. E o que é evento de alta complexidade para ser eletivo? Tudo isso tem que ser explicado durante a entrevista, que leva pelo menos 30 minutos. Se pegarmos uma pessoa idosa com a dificuldade natural da idade, esse tempo passa de 30 minutos. Então, fazer a entrevista em 9.500 beneficiários fica muito difícil para

nós, para não dizer impossível. É obrigatório o comparecimento à entrevista. Esse é o nosso problema. Quando chamamos o beneficiário, no máximo comparece 40%. Hoje não é obrigatório o comparecimento para a finalização do processo. Hoje é uma opção. Então, convocamos e 50% comparece. Quantos re-ratificam após a entrevista médica? 90%. Qual é a conclusão que chegamos? Ninguém declara nada. Eu quis ser muito clara num número para vocês. 90% é o meu número de sucesso do grupo de médicos. Pessoas que não tinham declarado nada, declaram depois da entrevista médica. Problema: quantos comparecem? Só metade. Outra coisa é a possibilidade da realização da entrevista médica, mesmo daquele que eu isentei. Eu o isentei, mas mesmo assim ele sentiu a necessidade de ser orientado pelo médico. Acho que temos que abrir essa possibilidade. Desde que ele fale que mesmo sendo isentado, prefere comparecer à entrevista médica. A finalização do processo só vai ocorrer quando houver o comparecimento desse beneficiário à entrevista médica, o que não é hoje. Hoje no processo, ele comparecendo ou não, temos que colocar o paciente dentro do plano de saúde. É muito importante para nós a entrevista médica por via telefônica, porque num determinado momento, o Rafael, a Cristiane, o pessoal falou da possibilidade de oferecer uma terceira possibilidade fora, por exemplo, do Rio de Janeiro. Nós vendemos contratos ____, por exemplo, e o funcionário está trabalhando em Belém do Pará. Quem tem que fazer a declaração de saúde é o beneficiário, mas ele está lá em Belém do Pará trabalhando. Como eu vou fazer a entrevista dele lá?

(Ininteligível – áudio muito baixo)

GRAÇA: Se o plano dele for nacional, sim. Ou se for uma situação de urgência e emergência, sim. Então, pedimos a possibilidade de fazer a entrevista por via telefônica para aquele que não pode, pela idade... Nós fazemos aqui no centro. Tem cadeirante. Cadeirante eu dispenso da entrevista. É muito difícil para cadeirante ir para a entrevista no centro da cidade, então eu dispenso. Mas eu não tenho outra maneira de realizar a entrevista. Muitas vezes são pessoas muito idosas. Mas eu dispenso da entrevista porque ele é cadeirante. É uma solicitação que a Unimed Rio faz de disponibilizar a entrevista médica por via telefônica. É importante que, se isso for possível, que a ANS disponibilize um canal para podermos enviar isso como prova, se for o caso. Porque não adianta nós realizarmos a entrevista se a ANS não disponibiliza um canal para que possamos mandar isso como prova se for necessário. A finalização do fluxo só será concluída após a assinatura pelo beneficiário, caso tenha sido pelo telefone. Outra coisa extremamente importante: o corretor tem que falar da importância dele saber quando vai preencher sua declaração de saúde, as doenças que é portador e seu peso e altura. Ninguém na Unimed tem IMC acima de 30. Ninguém declara. E nós sabemos claramente quantos ____ um grupo grande de médicos. Pelo menos 25% da nossa população é obesa. E na Unimed ninguém é. Eu trouxe um exemplo aqui para vocês, mas para os meninos eu mandei 5 exemplos. Eu mandei as propostas para ele verem. Eu só botei esse aqui para mostrar para vocês. Olha só, declaração de saúde original que nós recebemos. Peso: 60, altura: 1,55. Fez a entrevista. Peso real: 113, altura real: 1,60, IMC: 44,14. Essa é a nossa realidade. E vejam, ele declarou tudo “não” na declaração de saúde. Nós descobrimos porque nós não chamamos só aquele que colocou algum “sim”. Nós chamamos por amostragem. Então, por azar pegou. Mas se eu for chamar só quem declarou

alguma coisa eu não vou chamar ninguém. Porque ninguém declara nada. Aquele beneficiário que ele informou claramente a doença, terá a CPT implantada, porque como eu vou deixar de implantar uma CPT para alguém que declarou uma doença de uma forma muito clara? E aquele que não declarou nada vai ter CPT implantada. Outra coisa extremamente importante é aquilo que você, Rafael, perguntou para eu te explicar. É o seguinte, a RN162 é muito clara que a qualquer momento eu posso convocar o beneficiário quando há indício de fraude até que se complete 24 meses. A RN é clara. Então, qual é o tempo que eu tenho para detectar doença preexistente? 2 anos. Aquele obeso que nós vimos antes não declarou. Imaginem que eu não tivesse chamado-o. Quando ele fizer 6 meses e 1 dia, ele vai pedir a cirurgia de obesidade. É sempre a mesma coisa. Se eu não tiver a possibilidade de convocá-lo novamente, terei que liberar a cirurgia de obesidade. E hoje, a RN permite que eu o convoque e faça o que? “Bom, eu concordo doutora Graça, eu menti”. Eu faço a conta. Não é 24 meses? Ele já não cumpriu 6? 24-6 é o tempo que ele vai ter que cumprir para poder fazer a cirurgia dele de obesidade. Mas se eu não tiver essa possibilidade, fica muito difícil. Na RN em relação a isso, tenho que a qualquer momento até que se complete dois anos, desde que haja indício de fraude, a possibilidade de continuar convocando. Se não, a nossa sinistralidade, que já é alta, vai estourar. Outra coisa. É inviável para o modelo de saúde suplementar eu não convocar esse beneficiário pela proposta que os meninos colocaram. De retirar a possibilidade se ele tiver realizado ou sido liberado da entrevista. Fica muito difícil. Porque mesmo aquele que vai para a entrevista, muitas vezes tem uma doença que omite. Então, durante dois anos tenho que ter essa possibilidade. A RN ainda permite, porque eu vou perder a única coisa que na realidade eu tenho? Ou ele fraudou. Ele não compareceu à entrevista ou fraudou, e eu tenho que durar de dois anos para poder chamá-lo. Essa é a explicação que você me pediu, Rafael. 90% é o resultado da nossa entrevista de rerratificação. Quando há indício de fraude na última linha, é outro problema. Vamos continuar no exemplo do obeso. Ele não declarou. Eu chamo ele e falo “senhor, o senhor se enganou. O senhor não tinha 60kg, o senhor tinha 114kg”. Eu mando uma carta, que é o termo de comunicação. Ele não comparece. E ainda diz pra gente “Eu não vou comparecer porque eu tenho a informação de que vocês são obrigados a liberar caso eu não compareça”. Hoje não é obrigatório o comparecimento para que ele se explique. “Libera o procedimento, porque se o senhor não liberar eu vou receber uma Nip”. Então, ele fraudou, eu chamei ele, mas não é obrigatório o comparecimento. A nossa opinião é que a partir do momento que eu mande um termo de comunicação seja obrigatório o comparecimento dele. Não podemos esquecer que o procedimento é eletivo. Não estamos falando de um procedimento de urgência. O processo administrativo deve ser mantido pela impossibilidade de realização da entrevista médica em todos, obrigatório o procedimento quando há indício de fraude, porque hoje não é obrigatório, o paciente não comparece à entrevista de rerratificação e não podemos esquecer que o procedimento é eletivo. Então, ele não comparece e eu sou obrigada a liberar. Nós acreditamos que o momento de aproveitar essa câmara técnica para eu considerar a possibilidade de aguardar o resultado do processo administrativo para que eu seja obrigada a liberar. Eu estou tratando de um procedimento eletivo. E não de urgência. Então, hoje eu tenho que liberar, e o processo administrativo corre, mas eu já liberei o processo. E a cláusula de

agravo nós não concordamos pela dificuldade que nós temos de calcular e insistimos na redação da CPT, que é procedimento eletivo, porque sabemos que a grande maioria do grupo que está aqui trabalha da forma correta. Acrescentar o eletivo, porque urgência e emergência não pode ser negado, mesmo que a doença seja preexistente. Mas para poder consertar o texto para ficar correto, já que estamos aqui nessa luta nessa câmara técnica. Acho que acabou. Gente, obrigado, ta?

(Ininteligível – áudio muito baixo)

RAFAEL: Dona Cândida, olha só, só para contemplar, nós estamos com o horário um pouquinho apertado porque já estamos um pouquinho atrasados. Mas na hora do debate nós abrimos a possibilidade, porque estamos com vários inscritos para fazer a apresentação e ficamos com o horário bem apertado e... Eu peço para que a senhora faça a anotação e quando tiver a palavra, a senhora fique à disposição, porque se não, realmente, nós não conseguimos atender a nossa programação aqui. Vou passar para a Luciana que vai falar pela Anab e depois vamos direto para o *coffee*, para voltar, porque ainda tem mais 4 apresentações depois do *coffee*. Porque se não nós vamos ficar com o tempo complicado. Senhora, por favor.

P/LUCIANA: Bom, já recebi o recado que tenho que ser rápida. Até porque muito do que eu ia falar eu tive a mesma idéia de tirar parte do texto do ofício que encaminhamos para debater com vocês, mas como o Rafael já apresentou boa parte desse texto, eu acho que vai ser bem rápido. Essa parte inicial, na verdade, era pra apresentar mais a Anab, já que é a primeira vez que a Anab se apresenta, dizer o que ela é, que representamos as administradoras de benefícios, o tamanho dessa representatividade. Na verdade, representa administradoras que hoje representam cerca de 5 milhões de beneficiários de planos coletivos que é 90% dos planos que estão vinculados a administradoras de benefícios. Entre os focos de atuação é estar aqui participando desse tipo de debate. Como essa apresentação ficará disponibilizada no site? Caso vocês queiram olhar depois com mais calma, pois não vou me ater muito para podermos ir direto ao ponto que é a questão do assunto que está sendo debatido. Em relação à declaração de saúde, o que a Anab propõe? Nos dois cenários apresentados pela ANS, ela condicionou o preenchimento da declaração de saúde à entrevista qualificada que é um ponto que nós discordamos. Nós achamos que a declaração deve ser mantida da forma que está, independente de ser feita declaração de saúde, e uma vez positivada, aí sim, esses beneficiários poderiam ser encaminhados para a entrevista qualificada. Acho que é uma idéia que vai em contra, pelo o que eu percebi da apresentação com todas as pessoas que aqui estão. Aliás, acho que só os órgãos de defesa ao consumidor não concordam muito. Porque o consumidor preenche a declaração de saúde somente na hipótese dessa vir positiva e seja encaminhada para entrevista qualificada. Em relação a entrevista qualificada, na hipótese da declaração de saúde o agendamento dessa entrevista seja feita mediante contato com o consumidor, que seja feita por telefone, gravado, obviamente garantindo a segurança da informação, que também vai em contra do que foi colocado aqui, justamente pela impossibilidade de alguns consumidores idosos, com dificuldade de locomoção, então achamos que por telefone fica muito mais razoável e atende ao que achamos necessário. Que o

profissional de saúde possa formular perguntas sobre hábitos de vida, sintomas, usos de medicamentos, altura e peso, não está na 162 mas acrescentamos aqui por essa importância, porque como foi colocado, grande parte do processo diz respeito à questão da obesidade, então isso facilitaria, visto que é uma entrevista qualificada. Então, essas questões deveriam ser colocadas para o consumidor, porque se não será meramente uma tradução de perguntas. E acho que o objetivo não é esse e sim poder conhecer um pouco mais a situação de saúde do beneficiário. E também, não só pela questão da CPT como eu disse, mas para ter a possibilidade de indicação de programas de prevenção e promoção que está sendo tão estimulada pela própria ANS. Conhecer o perfil etiológico daqueles que estão entrando no plano de saúde acho que é uma coisa bem razoável e que todos querem. Após o resultado da entrevista qualificada os consumidores sejam orientados sobre a necessidade de CPT, ou seja, uma vez aquele que fez a declaração de saúde, foi indicado para fazer a entrevista qualificada e percebeu a existência de lesão ou doença preexistente que seja orientado em relação à cobertura parcial temporária. Na hipótese do consumidor recusar realizar a entrevista qualificada, pode ser negada a sua inclusão no plano. Porque isso faz parte de um processo, então se ele não quer participar do processo, se ele se recusa, a operadora não tem condições de saber a situação de saúde. Em relação ao prazo de vigência contratual. Que o início da vigência do plano seja posterior aquele da assinatura do contrato. Acho que esse também foi um consenso, a questão dos 30 dias. Lembrando que, hoje na situação atual, já não é razoável considerar a assinatura e no dia seguinte já existir a vigência do contrato na medida em que já existem várias, e estou falando principalmente de contratos coletivos, porque as administradoras trabalham com contratos coletivos. Não é razoável porque tem um série de questões que devem ser observadas, como a carteirinha, a entrega do manual, enfim. E é um número grande de pessoas que entram de uma vez só, então esses 30 dias serviriam para isso também. Independente dessa nova questão da entrevista qualificada. Que seja dado um prazo de 30 dias a partir da assinatura da proposta para o início da vigência, caso seja contratado considerando necessidade de realização de entrevista. O eventual pagamento feito pelo consumidor a terceiros, e aí a questão da taxa de adesão, não seja considerada mensalidade. Ou seja, para fazer jus as despesas todas que a operadora e as administradoras terão na entrada do beneficiário, principalmente se necessária a entrevista qualificada. Isso tudo tem um custo, e é esse custo que se paga com esse valor inicial, o que não é uma mensalidade. Porque pela proposta da ANS, uma vez que o consumidor pague qualquer valor, já começaria a vigorar o contrato, e achamos que não, achamos que o prazo dos 30 dias devem permanecer independente de um pagamento para esse tipo de despesa. Acho que foi o único ponto que o Rafael não tocou. E acho que acabou. É isso, obrigada.

RAFAEL: Dona Cândida, a senhora fique à disposição depois que entrarmos no debate. Faz uma pergunta, o pessoal vai estar aqui, poderão prestar esclarecimentos. Pessoal, faremos uma pausa agora. *Coffee*. Vinte minutos porque já estamos atrasados e voltamos para seguir com as apresentações. Até já pessoal.